

# Breve Questionario per la Valutazione del Dolore (BPI)



Paziente \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

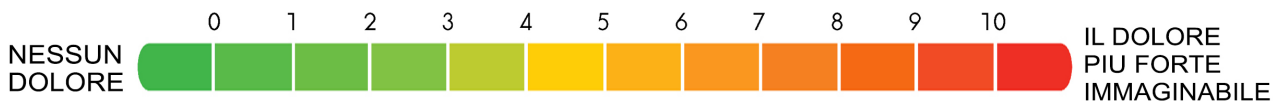
[1] Nel corso della vita la maggior parte di noi ha avuto saltuariamente qualche dolore (es: un leggero mal di testa, uno strappo muscolare o un mal di denti).

Oggi ha avuto un dolore diverso da questi dolori comuni?  Sì  No

[2] Tratteggi sul disegno le parti dove sente dolore. Metta una x sulla parte che fa più male.



[3] Valuti il suo dolore cercando il numero che meglio descrive l'intensità del peggiore dolore provato nelle ultime 24 ore.



[4] Valuti il suo dolore cercando il numero che meglio descrive l'intensità del dolore più lieve provato nelle ultime 24 ore.



[5] Valuti il suo dolore cercando il numero che meglio descrive l'intensità media del dolore nelle ultime 24 ore.



[6] Valuti il suo dolore cercando il numero che meglio descrive quanto dolore prova in questo momento.





[7] Quali terapie o farmaci sta ricevendo per il suo dolore?

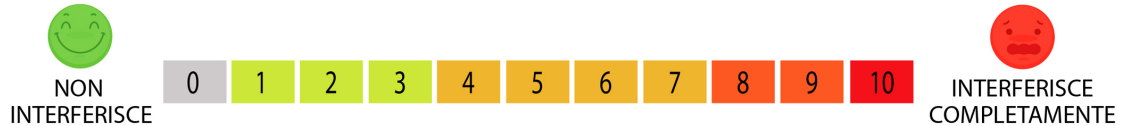
---

[9] Nelle ultime 24 ore quanto sollievo ha tratto dalle terapie o dai farmaci? Indichi la percentuale che meglio descrive quanto sollievo ha avuto.

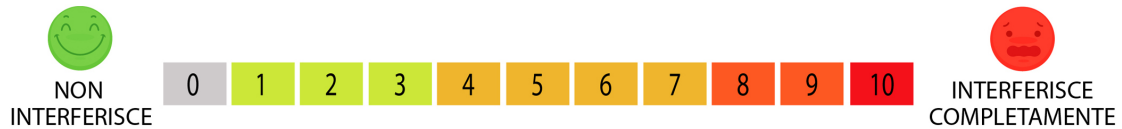
0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%

[9] Indichi il numero che meglio descrive quanto il dolore ha interferito, nelle ultime 24 ore, con:

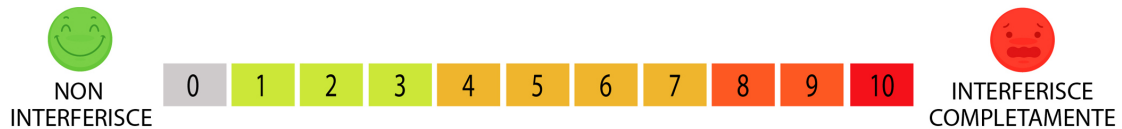
**A. LA SUA ATTIVITÀ IN GENERALE**



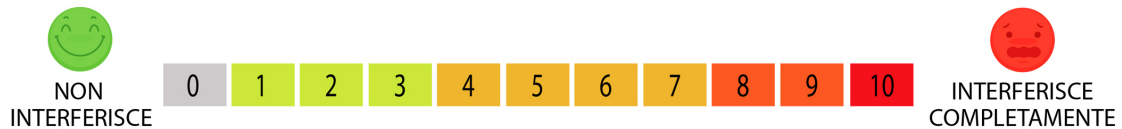
**B. IL SUO UMORE**



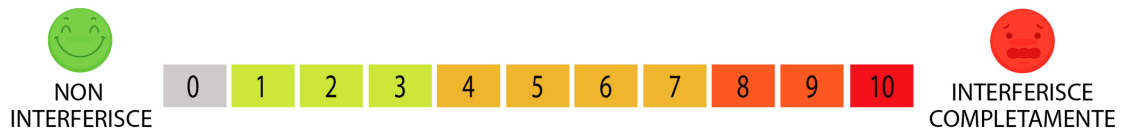
**C. LA SUA CAPACITÀ DI CAMMINARE**



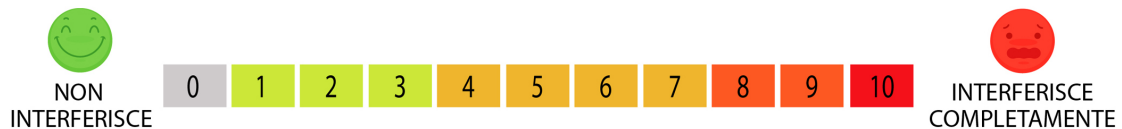
**D. LA SUA NORMALE CAPACITÀ LAVORATIVA (sia in casa che fuori)**



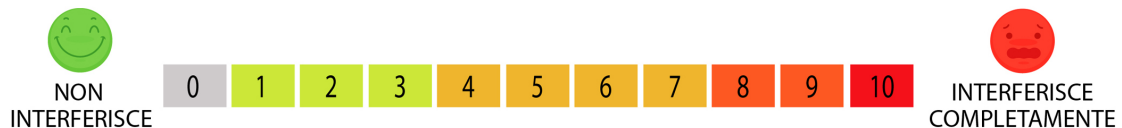
**E. LE SUE RELAZIONI CON ALTRE PERSONE**



**F. IL SONNO**



**G. IL SUO PIACERE DI VIVERE**



Punteggio \_\_\_\_\_ Data rilevazione \_\_\_\_\_